



## FORMULARZ REKRUTACYJNY UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU

„Projekt Ty – Rozwijaj umiejętności, odkrywaj możliwości”  
realizowanego w ramach Programu  
Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021 - 2027

DANE OSOBOWE	
Imię/Imiona	
Nazwisko	
Pesel	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> brak* <input type="checkbox"/> podstawowe* <input type="checkbox"/> gimnazjalne* <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (zasadnicze zawodowe/ średnie)* <input type="checkbox"/> policealne (pomaturalne) <input type="checkbox"/> wyższe  *niskie kwalifikacje
ADRES ZAMIESZKANIA	
Ulica (nr budynku/nr lokalu)	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	



<b>Osoba z niepełnosprawnościami</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>Osoba długotrwale bezrobotna</b> (tzn. bezrobotny pozostający w rejestrze powiatowego urzędu pracy łącznie przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat, z wyłączeniem okresów odbywania stażu i przygotowania zawodowego dorosłych);	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>Osoba o niskich kwalifikacjach</b> (wykształcenie: brak, niepełne podstawowe, podstawowe, gimnazjalne, zasadnicze branżowe, zasadnicze zawodowe, średnie, średnie branżowe)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>Osoba sprawująca opiekę nad dzieckiem do lat 6 lub dzieckiem z niepełnosprawnościami do lat 18</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

**zostałem/-am** pouczony(a) o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 06 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2024 r., poz. 17) informuję, że podane wyżej dane są zgodne ze stanem faktycznym oraz prawnym.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny podpis  
Uczestnika/Uczestniczki projektu



**Wypełnia pracownik PUP:**

<b>SZCZEGÓŁY WSPARCIA</b>	
<b>Rodzaj przyznanego wsparcia</b> (Szkolenie, prace interwencyjne, jednorazowe środki na rozpoczęcie działalności gospodarczej, staż)	
<b>Data rozpoczęcia udziału w projekcie</b> (wydanie skierowania, podpisanie umowy o dofinansowanie na podjęcie dział. gosp.)	
<b>Data rozpoczęcia udziału w formie wsparcia</b>	
<b>Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Potwierdzam zgodność danych z systemem SI Syriusz

.....  
Data i podpis pracownika PUP  
wypełniającego dokumenty

.....  
Podpis pracownika PUP  
przyjmującego dokumenty